

2. Сопутствующие заболевания

/	/20	
(Дата постановки)		(Диагноз)
		(Дополнительные сведения)

3. Противопоказания

(Вид противопоказания, постоянное, временное, дата начала и завершения, дополнительные сведения)

4. Эпиданамнез

/	/	
(Дата инфицирования)		(Анамнез)
		(Предшествующее лечение: не проходил; полный цикл, препараты, срок лечения)
		(Дополнительные сведения)

5. Вакцинация

/	/	
/	/	
/	/	
(Дата вакцинации)		(Препарат)

6. Дополнительные сведения

Врач (Фамилия, имя, отчество, подпись): _____